UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 37

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

INDICATIONS OPÉRATOIRES

DANS LES ICTÈRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Mai 1914

PAR

Albert AYNAUD

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

Né à Toulon (Var), le 27 avril 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

VIRES, professeur, *Président*
BOSC, professeur.
SOUBEYRAN, agrégé.
EUZIERE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

INDICATIONS OPÉRATOIRES

DANS LES ICTÈRES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 37

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

INDICATIONS OPÉRATOIRES

DANS LES ICTÈRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Mai 1914

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Albert AYNAUD

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

Né à Toulon (Var), le 27 avril 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — VIRES, professeur, *Président*; BOSC, professeur.; SOUBEYRAN, agrégé.; EUZIERE, agrégé. — *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	Doyen.
SARDA	Assesseur
IZARD	Secrétaire

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. N...
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a.l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse ;

MM. VIRES, professeur, *président*	MM. SOUBEYRAN, *agrége.*
BOSC, professeur.	EUZIÈRE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON ONCLE MONSIEUR L'ABBÉ IMBERT

CURÉ DOYEN EN RETRAITE

En reconnaissance de tous ses sacrifices.

A. AYNAUD.

A MA CHÈRE FEMME

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A MES ONCLES AYNAUD ET BONNET

A MA TANTE MADEMOISELLE MARIE BONNET

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A. AYNAUD.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Maurice BRÉMOND

CHIRURGIEN-SPÉCIALISTE DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE MARSEILLE

A AYNAUD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BOSC

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS

SOUBEYRAN ET EUZIÈRE

A. AYNAUD

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

INDICATIONS OPÉRATOIRES

DANS LES ICTÈRES

INTRODUCTION

Il n'est pas, suivant l'expression de Castaigne, de chapitre de pathologie qui, plus que les maladies du foie, ait donné lieu à des travaux nombreux et très importants au cours de ces dernières années.

Les ictères, en particulier, ont largement profité des progrès réalisés dans le domaine chirurgical.

Le problème qui se pose au chirurgien, lorsque la question d'une indication opératoire est posée en présence d'un ictère, est de savoir s'il est justiciable d'un traitement chirurgical, et si oui, à quel moment. La question, ainsi considérée, ne se confond pas avec ce qui se trouve envisagé dans les traités sous le vocable d'indications opératoires dans la lithiase biliaire, les rétrécissements et les tumeurs du cholédoque, les pancréatites et les néoplasmes du pancréas, etc.; ce qui se présente, en général, c'est un ictère, sans qu'il soit toujours possible de le ramener à

sa véritable cause. Aussi est-il nécessaire, si l'on veut rester sur le terrain clinique, d'étudier non pas l'indication opératoire dans telle ou telle lésion, mais au cours des ictères en général, puisque c'est ainsi que se présentent les malades.

***

Pour nous limiter strictement à notre sujet, nous n'envisagerons ici que les indications négligeant de parti-pris les questions de technique opératoire, que l'on trouvera d'ailleurs amplement traitées dans nos références bibliographiques.

Dans ces conditions, le plan de ce travail nous a paru s'imposer nettement : étudier les diverses catégories d'ictères en présence desquels peut se trouver le médecin et spécifier à propos de ces divers cas les indications opératoires qu'ils comportent.

Dans un premier chapitre, nous tâcherons de classer les ictères en adoptant une classification qui nous permette de poser aussi nettement que possible des indications opératoires.

Le second chapitre de notre travail sera consacré à l'étude des indications qui se dégageront des diverses catégories que nous aurons envisagées au chapitre précédent.

Ces deux chapitres seront suivis des observations personnelles dues à l'amabilité de M. le Professeur agrégé Soubeyran et aux observations particulièrement démonstratives que nous avons trouvées dans la littérature médicale.

Enfin, nos derniers chapitres seront consacrés à l'étude des résultats immédiats et à distance des interventions considérées et aux conclusions que nous pensons devoir tirer de notre travail.

PREMIÈRE PARTIE

CLASSIFICATION DES ICTERES

On conçoit très bien que l'étude des indications opératoires qui peuvent se poser en face d'un ictère ne puissent se concevoir sans une classification des ictères. Aussi consacrerons-nous à cette classification la première partie de notre travail.

La pathogénie des ictères a depuis longtemps passionné les médecins; cette étude de pure pathologie générale ne saurait nous intéresser. Il nous suffit d'un cadre qui nous permette de grouper nos idées et de discuter en face de chaque cas l'indication opératoire qu'il comporte. Aussi avons-nous adopté dans cette étude, non la classification *pathogénique*, mais une classification purement *étiologique*.

Le symptôme ictère peut apparaître dans des conditions nettement différentes: soit au cours d'affections des voies biliaires extra-hépatiques, soit au cours d'affections du foie, d'affections nettement hépatiques, soit enfin au cours d'affections ressortissant soit des voies biliaires, soit du foie, mais s'accompagnant d'infection hépato-biliaire.

A côté de ces cas, il est des ictères liés non à une lésion du foie ou des voies biliaires, mais à des troubles de la crase sanguine caractérisés par une hémolyse exagérée

donnant lieu à la mise en liberté de pigments colorants dans le sang.

La classification que nous venons d'exposer n'a, nous le répétons encore une fois, aucune valeur pathogénique; elle nous semble uniquement le cadre le plus commode pour classer les faits.

Il nous faut maintenant considérer comment cliniquement nous pourrons, en face d'un ictère, le ranger dans une des catégories que nous avons indiquées ci-dessus.

Les ictères par affections des voies biliaires extra-hépatiques se caractérisent essentiellement par les symptômes suivants:

1° Ils sont choluriques, c'est-à-dire que les urines présentent dans ces cas la réaction de Gmelin;

2° Ils s'accompagnent de décoloration des matières fécales.

En dehors de ces symptômes capitaux, on observe comme symptômes de deuxième plan:

a) La présence, dans le sérum et les urines, de sels et d'acides biliaires;

b) Un retentissement sur l'appareil circulatoire se traduisant par de la bradycardie, du dycrotisme, etc.;

c) Sur l'appareil rénal, se traduisant par de l'oligurie;

d) Et sur le système nerveux, par du prurit, des myalgies, des torpeurs, etc.

Tous les ictères présentant cette symptomatologie sont dus à des affections des voies biliaires extra-hépatiques, sauf:

1° L'ictère par rétention intra-hépatique, dont nous verrons l'allure clinique au paragraphe suivant;

2° L'ictère catarrhal, qui se distingue cliniquement par les caractères suivants:

a) Début marqué par des phénomènes gastro-intestinaux plus ou moins fébriles;

b) Son peu de durée habituelle; cet ictère, lié ordinairement à des excès de table, dit encore ictère *a crapula,* se jugeant ordinairement en quinze jours ou trois semaines.

Les ictères par affections hépatiques comprennent un groupe assez hétérogène au point de vue étiologique. On peut les observer soit au cours des néoplasies du foie, soit au cours des cirrhoses, soit au cours d'hépatites chroniques quelconques. Leurs symptômes permettent cependant de les distinguer en général des autres catégories d'ictères. Ces ictères évoluent ordinairement au cours d'affections hépatiques nettement caractérisées (cancers, cirrhoses, etc.). Cependant, dans certains cas, des difficultés de diagnostic peuvent surgir.

Ces ictères sont ordinairement acholuriques, c'est-à-dire ne présentant jamais la réaction de Gmelin.

Ils peuvent, d'autre part, être choluriques, en s'accompagnant de coloration et même parfois d'hypercoloration des matières (cirrhoses, par exemple).

Enfin, on peut observer dans ce groupe des ictères choluriques avec décoloration des matières; ces cas prêtent à des difficultés de diagnostic souvent considérables avec les ictères dus à des lésions des voies biliaires extra-hépatiques. En pareil cas, le meilleur moyen de diagnostic est encore l'épreuve du temps; dans un laps de temps ne dépassant pas une quinzaine de jours, un ictère dû à une affection des voies biliaires extra-hépatiques n'aura pas changé, tandis que, dans un cas d'ictère dû à un cancer du foie, et c'est là le gros diagnostic à faire, les choses marchent si vite que la nature maligne de l'affection aura eu le temps de se manifester d'une façon évidente.

Dans le troisième groupe, ictères dus à une infection

hépato-biliaire, nous trouvons une infection qui peut être, soit ascendante, constituant en somme des angio-cholites infectieuses, soit descendantes, et il s'agirait alors d'hépatites infectieuses. Il est d'ailleurs difficile, cliniquement, de dire à laquelle de ces deux théories pathogéniques il convient de rapporter ces ictères. Ce qui en fait, en somme, l'unité clinique, c'est l'addition au syndrome ictère du syndrome d'infection hépato-biliaire (fièvre, etc.), et c'est ce qui nous permet de les réunir dans le même groupe.

Quant aux ictères hémolytiques, ils se caractérisent surtout par leurs caractères hématologiques très spéciaux.

Cliniquement, on peut les soupçonner à ce que ce sont des ictères ordinairement peu foncés, acholuriques, c'est-à-dire ne présentant pas la réaction de Gmelin, et s'accompagnant d'anémie très marquée et de splénomégalie constante.

L'hématologie permet d'affirmer le diagnostic en montrant ces trois caractères primordiaux:

a) Diminution du nombre des hématies;

b) Présence d'hématies granuleuses (au moins 10 0/0);

c) Existence soit de fragilité globulaire, soit d'hémolysine dans le sérum.

DEUXIÈME PARTIE

INDICATIONS OPERATOIRES DANS CHACUN DES CAS ENVISAGÉS

Ictère par affection des voies biliaires extra-hépatiques

Nous rappellerons en deux mots le tableau clinique de ces ictères : cholurie (réaction de Gmelin), décoloration des matières fécales.

Au point de vue des causes de ces ictères, nous devons distinguer :

1° Des *causes intra-cavitaires,* corps étrangers, calculs biliaires, surtout, venant de la vésicule biliaire à la suite d'une crise de colique hépatique ;

2° Des *causes pariétales,* néoplasme de l'hépatique, du cholédoque ou de l'ampoule de Vater, ou encore des affections congénitales (valvules, rétrécissements, aplasie, etc.) ;

3° Des *causes extrinsèques* de nature multiple : anévrysmes de l'artère hépatique, kyste hydatique de la face inférieure du foie, ganglions du hile, hypertrophies, brides péritonéales, et surtout cancer de la tête du pancréas.

Indications opératoires

Etant données les multiples causes que nous venons d'envisager, deux cas se posent en présence d'un ictère par affection des voies biliaires extra-hépatiques :

a) Conduite à tenir lorsque l'ictère peut être rapporté à une des causes que nous venons d'envisager;

b) Conduite à tenir lorsque le symptôme ictère existe sans qu'il soit possible d'en préciser nettement la cause.

Nous allons passer successivement en revue ces diverses éventualités.

A. Cas où le diagnostic peut être porté

Obstruction calculeuse. — Il s'agit ici presque uniquement de la lithiase du cholédoque. L'ictère, dans ces cas, présente des variations fréquentes d'intensité allant quelquefois jusqu'à la disparition, faisant croire ainsi au passage successif de plusieurs calculs. En réalité, il s'agit presque toujours d'un seul calcul, et les variations notées correspondent à des poussées d'inflammation.

Deux points doivent dominer ici le traitement:

a) D'une part, l'expulsion du calcul même gros peut toujours se faire spontanément;

b) D'autre part, l'ictère par rétention tant soit peu prolongée a un retentissement très défavorable sur le foie, qui est très précocement altéré.

Etant donnés ces deux points de vue opposés, de nombreuses opinions ont été émises, et nous allons passer en revue les plus autorisées.

Quénu, d'accord avec Hanot, en 1895, fixe le délai d'attente avant l'intervention à trois mois.

Chauffard et Dieulafoy (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1899, p. 241) estiment que le diagnostic ferme d'obstruction calculeuse du cholédoque implique la suppression chirurgicale du corps étranger obstructeur.

Mongour (Congrès de Genève, 1902) subordonne le mo-

ment de l'opération : à la qualité de la sécrétion biliaire (lorsque l'ictère devient méta-pigmentaire) ; à la nature et à l'intensité des complications infectieuses générales et locales, et enfin aux variations de volume du foie qui peuvent être observées.

Kehr, dont le nom fait autorité en fait de chirurgie des voies biliaires, ne fixe pas de règles précises ; d'après lui, l'intervention peut devenir nécessaire huit à quinze jours après la pénétration du calcul dans le cholédoque, tandis que, dans d'autres cas, l'intervention peut être sans inconvénients retardée de deux ou trois mois, quelquefois même plus.

Dans sa thèse (thèse de Lyon, 1908) Cotte pose que l'obstruction calculeuse du cholédoque comporte l'intervention opératoire immédiate sans attendre l'apparition de signes d'insuffisance hépatique.

Enfin, et c'est à cette opinion que nous nous rallierons, Mongour, en 1910, propose la formule suivante : « Dans l'obstruction lithiasique aseptique du cholédoque, l'opération s'impose chaque fois que la permanence, la diminution d'intensité ou l'aggravation de l'ictère coïncident avec une oligurie persistante ».

En somme, les signes précis qui doivent fixer le moment de l'intervention chirurgicale manquent encore. La durée de l'ictère, si elle a de la valeur au point de vue diagnostic, en est dénuée au point de vue thérapeutique, car l'opérateur peut toujours avoir la main forcée par des troubles graves se révélant dès le début de l'ictère. Quant aux symptômes prémonitoires de l'insuffisance hépatique grave, ils n'ont pas encore une signification suffisante pour fixer le moment où l'atteinte de la cellule hépatique est assez grave pour compromettre sérieusement la fonction de l'organe ; aussi, avec Kukula, de Prague, qui a

passé très soigneusement en revue les divers signes d'insuffisance hépatique, nous conclurons que ni le volume du foie, ni la glycosurie alimentaire, ni l'urobilinurie, ni l'oligurie, ni la diminution de l'urée dans les urines ne sont des signes suffisants pour indiquer une intervention chirurgicale.

A tout prendre, la meilleure formule nous paraît donc être encore celle de Quénu: intervenir dès que le diagnostic est suffisamment certain pour éliminer une angiocholite ou un ictère catarrhal.

Cancer de la tête du pancréas. — Ici les difficultés du diagnostic sont considérables, et nous nous trouvons généralement dans le cas où il est à peu près impossible de rapporter l'ictère à sa véritable cause. D'autre part, des résultats opératoires paraissent peu de nature à faire préconiser l'intervention chirurgicale.

Concer des voies biliaires. — Ici encore, les difficultés du diagnostic sont grandes; les résultats opératoires (mortalité de 90 pour cent) engagent fort peu le chirurgien à l'intervention. Il est cependant bon de remarquer que, dans la plupart des cas de cancers des voies biliaires abandonnés à eux-mêmes, la mort est survenue plutôt du fait de la rétention biliaire que de la généralisation cancéreuse. N'y aurait-il pas là, somme toute, un point susceptible d'engager les chirurgiens à améliorer leur technique?

Pancréatite chronique. — Il s'agit ici d'une affection plus fréquente qu'on ne le croit en général; le diagnostic reste toujours difficile, mais les résultats opératoires sont ordinairement des plus favorables.

B. Cas où le diagnostic de la cause n'a pas pu être porté

Nous avons jusqu'ici raisonné dans l'hypothèse d'un diagnostic nettement précisé; mais si, à lire les traités classiques, il semble qu'un tel diagnostic étiologique soit toujours possible, en pratique les symptômes ne se montrent pas avec une suffisante netteté pour permettre une pareille précision de diagnostic.

Voyons, en effet, ce que valent la plupart des signes différentiels proposés: douleurs, volume de la vésicule biliaire, évolution et état général.

Les douleurs ordinairement caractéristiques de la lithiase biliaire peuvent cependant s'observer dans d'autres cas, cholécystite sans migration de caillots par exemple (Tripier et Paviot). On peut aussi l'observer, tant dans certains cas de kystes hydatiques, que dans certains cas de cancers. Ce signe n'a donc pas toujours une valeur absolue.

Le volume de la vésicule est un des signes les plus importants (loi de Courvoisier et Terrier). D'après ces auteurs, la vésicule serait rétractée dans les cas de calcul (obstruction complète) et dilatée en cas de cancer (obstruction incomplète). Pas plus que le précédent, ce signe n'a de valeur absolue. L'appréciation du volume de la vésicule est d'ailleurs cliniquement fort difficile. D'autre part, le volume de la vésicule n'est pas seulement fonction de la nature de l'obstruction, mais peut encore tenir à l'infection plus ou moins étendue des voies biliaires.

Quant aux troubles de l'état général et à l'évolution de la maladie, ce sont des signes d'une appréciation fort difficile. Nous n'en voulons comme preuve que l'observation

de Reclus, que nous reproduisons presque *in-extenso,* bien qu'il s'agisse d'une observation partout citée, et l'hésitation de Kehr en présence du cas de Waldeck-Rousseau.

De ce qui précède, il nous semble que nous pouvons tirer les conclusions suivantes : En somme, dans les cas de rétention calculeuse ou de pancréatite, les résultats obtenus semblent indiquer l'intervention. Dans le cancer du fait de l'évolution, à peu près constamment fatale de l'affection, et des résultats défavorables des suites opératoires, l'abstention devrait être la règle. Mais, nous venons de le voir, la plupart des signes proposés pour faire le diagnostic différentiel entre ces deux ordres d'affections, n'ont qu'une valeur très relative ; les erreurs de diagnostic commises et l'hésitation d'hommes justement qualifiés tels que Kehr en sont la meilleure preuve. A tout prendre, en présence d'un ictère nettement dû à une lésion organique des voies biliaires extra-hépatiques, l'intervention sera toujours tentée chaque fois que l'état général du malade permettra de le faire sans craindre une mort opératoire.

ICTÈRES PAR AFFECTION DU FOIE

Le diagnostic de ces ictères ne peut, somme toute, se faire que par élimination.

Les ictères par affections des voies biliaires extra-hépatiques se caractérisent, nous l'avons déjà dit, par la cholurie et la décoloration des matières, caractères qu'ils gardent pendant toute leur durée.

Les ictères infectieux se caractérisent par l'existence du syndrome d'infection hépato-biliaire.

Les ictères hémolytiques, enfin, par l'examen du sang.

Nous pouvons donc, somme toute, ramener tous les autres ictères à une affection intra-hépatique. Ce qui fait l'unité de ces ictères, ce ne sont pas leurs symptômes, qui, nous l'avons indiqué, peuvent se confondre avec ceux des autres catégories, mais leur étiologie, c'est-à-dire leur cause intra-hépatique.

Indications opératoires. — Si, dans les ictères dus à des affections des voies biliaires extra-hépatiques, notre conclusion a été que l'intervention chirurgicale devait être la règle, nous concluons ici que l'on ne doit pas opérer, sauf dans deux cas nettement précisés: l'*abcès du foie* et le *kyste hydatique*.

Le cancer du foie est en effet ordinairement secondaire (soit le plus souvent à un cancer de l'estomac, soit à tout autre cancer: sein, utérus, etc.). Quant aux cirrhoses, elles

ne s'accompagnent pas toutes d'ictères, et quant aux cirrhoses biliaires, la discussion a été engagée sur ce point au Congrès international de Bruxelles (1908), elle est loin d'avoir entraîné la mise au point de la question.

Dans l'abcès du foie, l'ictère peut survenir au cours de petits abcès multiples pyohémiques, réalisant le type de l'ictère infectieux. Dans les gros abcès, l'ictère n'est qu'un épiphénomène au cours d'un cortège symptomatique autrement impressionnant, et ce n'est pas lui, ordinairement, qui donne lieu à une indication opératoire.

L'ictère, au cours du kyste hydatique, est plus intéressant, d'autant plus qu'il n'est pas une rareté comme il a été dit. Son intensité est parfois assez grande pour le placer au premier plan et donner lieu à des erreurs de diagnostic. Quénu a particulièrement étudié ces ictères et résume ainsi l'histoire de cette complication des kystes hydatiques.

« L'ictère n'est pas très rare au cours des kystes hydatiques, moins rare qu'on ne l'a dit.

L'ictère hydatique reconnaît pour cause la compression des voies biliaires au niveau du hile ou l'angio-cholite.

Les ictères par compression pure et simple sont tout à fait exceptionnels.

L'angio-cholite est la cause habituelle de l'ictère hydatique.

Quant à cette angio-cholite, elle est ordinairement la conséquence du contenu des kystes dans les voies biliaires, par effraction ou par osmose.

Au point de vue opératoire, les kystes doivent être marsupialisés si leur contenu est trouble ou leurs parois altérées, traités par la suture et abandonnés après ablation de la poche, et drainage quand leur contenu est liquide.

L'indication opératoire la plus importante dans les ictè-

res dus à une lésion hépatique sera donc le cas d'un ictère coïncidant avec un kyste hydatique. Le diagnostic devra donc être discuté avec soin et en dehors des signes cliniques. Il sera bon de s'entourer de toutes les ressources que le laboratoire peut mettre à la disposition de la clinique : réaction de Weinberg et réaction de Lisbonne et Fleig. »

ICTÈRES INFECTIEUX HÉPATO-BILIAIRES

Dans cette catégorie, nous l'avons dit, nous rangeons les ictères qui, quel que soit leur mécanisme, s'accompagnent du syndrome d'infection hépato-biliaire : fièvre à type intermittent ou rémittent, foie un peu gros et douloureux, état général toujours plus ou moins atteint. Ces ictères, en un mot, revêtent l'allure d'une maladie infectieuse. Ce sont, soit des angio-cholites, soit des hépatites infectieuses.

On prévoit, dès lors, que l'indication chirurgicale sera différente de ce que nous avons observé dans les chapitres précédents. Dans ces deux chapitres, en effet, c'est en somme l'étiologie qui a guidé l'indication chirurgicale. Ici, au contraire, elle se déduira des symptômes observés, et en particulier de l'échec des moyens médicaux, l'affection continuant et paraissant devoir évoluer vers la suppuration.

L'intervention sera ici le drainage de la bile infectée, soit vers l'intestin, cholé-cysto-entérostomie, soit vers l'extérieur, ce qui est préférable, cholé-cystostomie, drainage de l'hépatique, etc.

Indications opératoires. — Les trois ordres d'éléments d'appréciation sur lesquels nous pourrons baser nos indications opératoires sont : la pathogénie, l'étiologie et les symptômes.

La pathogénie est encore trop discutée pour pouvoir constituer un guide sûr ; après avoir considéré l'infection comme suivant une marche ascendante, ce qui serait favorable au point de vue de l'indication opératoire, on tend de plus en plus, depuis la thèse d'Abrami, à rattacher ces infections à une hépatite infectieuse, au cours d'une septicémie par exemple.

La recherche de l'étiologie peut évidemment entrer en ligne de compte quand il s'agit de porter une indication opératoire. Si le malade, présentant de l'ictère avec le syndrome d'infection hépato-biliaire, accuse des antécédents lithiasiques, on sera naturellement plus porté à l'intervention que dans tout autre cas.

Si l'ictère infectieux reconnaît une origine typhoïdique, l'angio-cholite s'accompagne presque toujours de cholécystite, et la perforation et la suppuration de la vésicule se rencontrent dans une proportion plus grande que dans les autres infections (Quénu, sur 20 cholécystites typhoïdiques étudiées, en note 6 perforantes et 7 suppurées sans perforation). La notion de l'origine typhique doit donc inciter à la thérapeutique chirurgicale. Enfin, dans des infections hépato-biliaires gravidiques, les résultats opératoires semblent satisfaisants, puisque Quénu et Duval comptent 4 guérisons sur 6 cas opérés.

En ce qui concerne les symptômes, on ne peut, selon la juste remarque de Quénu, distinguer les ictères infectieux graves des ictères infectieux bénins, car on ne peut qualifier un ictère de bénin que lorsqu'il a disparu.

Les symptômes tirés de l'examen de la région vésiculaire (vésicule augmentée de volume), la sensibilité et l'empâtement de la région, sont évidemment importants et traduisent ordinairement, quand on les observe, la suppuration de la vésicule. Mais cette suppuration, dans les cas de

Quénu et Joltrain et de Mongour peut exister sans avoir été révélée par ces symptômes. Ce sont, en somme, les symptômes généraux, en particulier l'aggravation de l'état général signalée surtout par la fièvre, qui pourront décider de l'intervention chirurgicale. Mais ce signe lui-même est souvent infidèle, aussi faudra-t-il tenir grand compte des données fournies par les examens de laboratoire.

Le signe le plus important, et qui ne manque jamais dans le cas où l'ictère s'accompagne de suppuration, est la leucocytose, qui existe dans des cas où la fièvre peut faire défaut. Dans toutes les observations que nous avons parcourues, la leucocytose a toujours coïncidé avec la suppuration. Dans l'observation de Quénu et Joltrain que l'on trouvera reproduite dans ce travail, et où la fièvre faisait défaut, la leucocytose s'éleva successivement de 13.500 pour arriver à 43, 44 et même 48.000. L'examen du sang devra, d'autre part, être systématiquement pratiqué au point de vue de la recherche de l'urée, car si cet examen dénote une rétention exagérée de cet élément, on peut conclure non seulement à une lésion du foie, mais à une lésion du rein, organe éliminateur de l'urée.

Il y a donc, en présence du syndrome d'infection biliaire, indication absolue de recourir aux examens de laboratoire, car souvent ils pourront seuls faire envisager l'hypothèse de la suppuration vésiculaire, et d'autre part renseigner sur l'état de l'émonctoire rénal.

ICTÈRES HÉMOLYTIQUES

Ces ictères, nous l'avons dit, s'opposent nettement à tous les précédents dus à des lésions hépato-biliaires. Dans les ictères hémolytiques, en effet, la présence des pigments biliaires dans le sang est due uniquement à une hémolyse exagérée : ce sont les hématies détruites qui donnent naissance aux pigments constatés dans le sang. Ces ictères sont proches parents des anémies, et c'est uniquement pour être complet que nous ne les laisserons pas en dehors de cette étude.

Ces ictères sont caractérisés cliniquement, d'une part, par les trois signes suivants : *acholurie, anémie, splénomégalie.* D'autre part, par leurs caractères hématologiques : fragilité globulaire, présence d'hémolysine, diminution ou augmentation dans les ictères acquis du diamètre des hématies, et diminution du nombre des hématies. Ces ictères peuvent être groupés en deux classes : ictères hémolytiques acquis (survenant au cours de certaines maladies générales), ictères hémolytiques congénitaux, chroniques, incurables et coïncidant avec une bonne santé apparente (cholémie familiale par exemple). A côté de cette opinion classique, citons l'opinion de Micheli (22e Congrès italien de médecine interne), qui estime qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre ces deux ordres d'ictères, l'identité des résultats obtenus par la splénectomie confir-

mant l'hypothèse que ces deux formes doivent être rangées dans le même cadre nosologique.

Indications chirurgicales. — Les interventions pratiquées pour ictères hémolytiques ayant porté sur les voies biliaires n'ont pas donné de résultat, et c'est à Banti que revient le mérite d'avoir pratiqué la seule intervention que nous considérerons: la splénectomie. Théoriquement, la question de la splénectomie soulève de nombreuses controverses. La rate n'a-t-elle qu'un rôle secondaire borné à recevoir les hématies déjà malades et à les détruire; dans ce cas, l'intervention n'est nullement justifiée. La rate, au contraire, voit-elle coïncider son hypertrophie avec une augmentation de son rôle de destruction des hématies, il semblerait, dans ce cas, que son ablation supprimerait la cause de la destruction globulaire, et partant la cessation de l'ictère.

Examinons maintenant les faits: Banti, Umber, Micheli, Roth, Antonelli, etc., ont publié des cas d'ictères hémolytiques dans lesquels la splénectomie fut suivie de la guérison de l'ictère.

Il existe actuellement une cinquantaine d'observations d'ictères hémolytiques traités par la splénectomie qui donnent les résultats suivants: sur 48 interventions, 5 ont été suivies d'une issue fatale; dans les autres cas, l'intervention a été suivie soit de guérison rapide (Banti), soit d'amélioration plus ou moins sensible.

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

Ictères liés à des lésions des voies biliaires extra-hépatiques

Observations inédites dues à l'obligeance de M. le Professeur Soubeyran, prises parmi les nombreux cas opérés par lui :

Observation Première

(Inédite)

Ictère ancien par lithiase biliaire

Mme X..., 60 ans, de Montarnaud, vient nous trouver en mai 1906. Depuis cinq ans, elle est atteinte d'un ictère chronique sans phénomènes douloureux accentués ; elle ne présente pas de coliques hépatiques.

Depuis quelque temps, son ictère présente une poussée aiguë avec température (38°5 le soir), gonflement du foie, matières fécales presque complètement décolorées. Réaction de Gmelin positive.

Diagnostic porté : cholécystiste.

Intervention en juin 1906. Anesthésie à l'éther. Incision sur le bord externe du muscle droit, au niveau de la vésicule biliaire.

La vésicule apparaît tuméfiée et entourée d'une zone

inflammatoire de péritonite adhésive; on l'incise, et il s'écoule une grande quantité de pus jaune verdâtre et un grand nombre de petits calculs à facettes se correspondant, gros comme des pois ou de petites noisettes.

Drainage.

Les jours suivants, émission de plusieurs douzaines de ces calculs.

Guérison en cinq mois après un écoulement de bile très abondant.

Observation II

(Inédite)

Ictère intense par bacillose hépato-péritonéale

Mme X..., de Grasse, se présente à nous en avril 1911; elle nous est adressée par M. le Professeur Vires.

Elle est très amaigrie et présente un ictère intense: les sclérotiques sont d'un jaune brun, les téguments d'une teinte acajou avec hypertrophie des poils du visage et des membres.

Cette malade n'a jamais souffert, et la coloration et l'amaigrissement se sont établis sans histoire clinique spéciale depuis un an environ.

Rien au poumon.

Les matières sont décolorées. La réaction de Gmelin, positive. Ventre aplati, indolore, sauf au niveau du foie, qui est gros, et dont le bord inférieur arrive à mi-chemin entre l'ombilic et les fausses-côtes.

On pense à un ictère dû à une obstruction des voies biliaires. La famille exige l'opération, que nous ne conseillons pas, vu l'état général.

Laparotomie fin avril 1911. Anesthésie à l'éther.

Dès l'ouverture du ventre, nous trouvons des granulations péritonéales semblables à des grains de semoule.

Foie assez volumineux, lisse, ayant conservé sa forme et présentant un piqueté blanchâtre sur sa face convexe. La vésicule est ratatinée et on peut la suivre jusqu'au cholédoque en raison de ses adhérences.

On referme le ventre.

La malade supporte bien cette exploration et la cicatrisation se fait en huit jours.

Elle est traitée ensuite par *les corpuscules de Spengel;* son état général se remonte un peu et elle part pour Grasse deux mois après.

Nous n'avons eu depuis aucune nouvelle de cette malade.

Observation III

(Inédite)

Vieil ictère traité enfin par l'intervention ; gros calcul vésiculaire

Mme R..., de Montpellier, 48 ans, est soignée par MM. les professeurs Vires et Bosc.

Depuis quelque temps, elle éprouve des crises gastriques et présente un ictère qui remonte à deux ans environ.

Depuis trois mois, cette malade présente un amaigrissement progressif, une grande faiblesse et des démangeaisons insupportables. Ces phénomènes s'accentuent et la malade a alors des crises de péritonite avec vomissements, les urines sont ictériques avec réaction de Gmelin positive, les selles décolorées; les sclérotiques sont colorées en jaune et les téguments d'une teinte jaune intense.

15 janvier 1914, opération. Anesthésie à l'éther. Incision de Kehr. Péritonite adhésive. Côlon et estomac accolés. La vésicule est occupée par un gros calcul assez mou.

Drainage de la vésicule.

Suites excellentes. Selles colorées dès le troisième jour. Ecoulement de bile très abondant par la fistule, qui va en diminuant.

Malheureusement, la malade fait au vingtième jour une gangrène pulmonaire et meurt cachectisée au trente-cinquième jour.

Pièces: Enorme calcul analogue à une aubergine avec une grosse extrémité et une petite à surface externe noire, mamelonnée; il est mou et friable; il se brise; intérieur jaune.

Ictère lié a des lésions des voies biliaires extra-hépatique

Observation IV

(Reclus, Clinique de la Pitié, 1894)

Il s'agit d'un Portugais de 36 ans, qui vint de Lisbonne me consulter, le 23 mai de l'année courante, et que j'examinai le même jour, avec l'assistance du docteur Œttinger. La maladie avait débuté au mois de septembre 1891 par des troubles digestifs accusés, des douleurs après les repas, vives surtout à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche. Mais leur caractère n'a rien de précis et ne semble jamais avoir revêtu la forme d'une colique hépatique. Les souffrances persistèrent avec quelques rares intermittences pendant plusieurs mois. En 1892, elles se compliquent d'un ictère. Celui-ci se fonce de plus en plus. Il n'y a pas de fièvre, mais un amaigrissement progressif, une grande faiblesse et des démangeaisons insupportables. Ces phénomènes s'accentuent en mars, en avril et en mai. A ce moment, son distingué médecin, le docteur Ferras de Ma-

cedo, qui craignait un cancer du pancréas, envoie le malade à Paris, où nous constatons l'état suivant:

L'ictère est intense et tel qu'il est difficile d'en voir de plus accusé; les sclérotiques sont d'un jaune brun, les téguments d'une teinte acajou; les démangeaisons sont intolérables; le malade se gratte sans cesse et la peau est recouverte d'une éruption généralisée de prurigo. Les matières fécales sont boueuses, décolorées, et d'une odeur infecte; les urines, remplies de pigment biliaire, contiennent moins d'urée et 32 centigrammes d'albumine. Le foie est énorme; il mesure 23 centimètres sur la ligne médiane, 28 sur la ligne mamelonnaire; sa surface régulière, de résistance normale, sans fluctuation, forme une voussure accentuée à l'épigastre; le rebord en est mousse et nulle part la palpation ne révèle la présence de la vésicule biliaire; la rate est normale, les principaux viscères sont sains. L'appétit est conservé, mais la digestion est pénible; elle s'accompagne de pesanteurs et d'irradiations douloureuses dans l'hypocondre gauche.

Il s'agissait évidemment d'un ictère par rétention, et nous pensons à une occlusion du cholédoque, soit par un cancer du pancréas ou des voies biliaires, soit par un calcul, soit même par une tumeur du voisinage. Notre malade eût voulu un diagnostic plus précis, et goûta fort notre avis de voir quelques-uns de nos collègues ou de nos maîtres. Il en usa largement: le 25 mai, il consulte le professeur Bouchard, qui confirme nos réserves, tout en penchant vers l'hypothèse d'un cancer du pancréas; le 1er juin, il appelle M. Hanot, qui incline plutôt vers un calcul; le 14 juin, il voit M. Dieulafoy, qui partage cette dernière opinion; le 18 juin, une même consultation réunit MM. Hanot, Périer, Œttinger et moi. Nous concluons à

la nécessité d'une laparotomie exploratrice; notre Portugais réclame alors un supplément d'information; il réunit son dossier, qui renferme les avis de MM. Bouchard, Dieulafoy, Hanot, Œttinger, Périer et nous, et part pour l'Allemagne.

A Strasbourg, le professeur Naunyn conclut à une cirrhose et déconseille toute opération; à Heidelberg, Kussmaul prononce aussi le mot de cirrhose et s'oppose à l'intervention chirurgicale. Czerny n'est pas du même avis; il admet une cirrhose secondaire et consécutive à une obstruction du cholédoque et, comme nous, propose une laparotomie exploratrice. Mais il devait revenir sur cette opinion et, au bout de quinze jours, lorsque le malade se dispose à regagner Paris, Czerny signe une consultation nouvelle où il conclut à l'abstention: pour lui, la déchéance organique est telle qu'il y aurait danger à intervenir.

Le 15 juillet, retour à Paris; le 18, nous voyons le malade avec MM. Bouchard, Périer et Œttinger. M. Bouchard incline de plus en plus vers le diagnostic de cancer du pancréas; le 22, consultation de MM. Périer, Terrier et Œttinger; M. Terrier se rallierait volontiers à la thèse de M. Bouchard, mais conseille néanmoins la laparotomie. Le malade ne peut s'y décider et suit sous la direction de M. Bouchard un régime à la glycérine, aux peptones et au benzonaphtol. Il y eut d'abord un léger amendement; mais le foie reste aussi gros, la diarrhée aussi tenace et enfin, le 8 août, la température monte à 39°, sans frissons il est vrai; le soir, du reste, elle redescendait à moins de 37°.

Le 10 août, lorsque M. Bouchard revient, il constate l'inefficacité des moyens médicaux; les symptômes d'obstruction ne font que s'accentuer. Mais comme, d'autre part, l'appétit est conservé, comme depuis quelque temps

le poids du malade n'a pas varié, M. Bouchard croit un peu moins au cancer et un peu plus au calcul; il se prononce alors pour l'opération que le malade accepte grâce à cette haute influence, et nous la pratiquons le 13 août.

Opération (13 août). — Le foie volumineux; vésicule biliaire grosse comme les deux poings, renfermant de la bile sirupeuse, noire comme du goudron. La vésicule et le cystique explorés du doigt sont libres; mais le cholédoque vers la tête du pancréas est nettement oblitéré par une tumeur, sans doute un calcul, du volume d'une noix, et si enclavée que son extraction paraît impossible. Cholécystoentérostomie.

Suites opératoires bonnes et guérison. Trois mois et demi après l'intervention, les selles sont normales, moulées et colorées; l'appétit est bon, le foie ne dépasse pas les fausses côtes, la teinte des téguments est comme avant la maladie et l'opéré a regagné 11 kilogrammes, atteignant à peu près son poids primitif. En fait, M. de M... vit de la vie commune à tous les gens bien portants.

Le diagnostic semblait donc assuré, confirmé qu'il était par l'opération et par le résultat éloigné; or, une seconde clinique de Reclus nous apprend la suite de l'histoire.

Nous en étions restés, dit Reclus, à ce point de l'histoire où notre opéré guéri regagne le Portugal. Il y a malheureusement un épilogue; je vous dois d'autant plus la fin de cette observation que, si elle légitime ma thérapeutique, elle donne tort à mon diagnostic.

L'amélioration progressive s'affirma jusque vers le milieu de février. A ce moment, notre opéré ne se rappelait avoir eu, à aucune époque de sa vie, une telle apparence de santé. Mais, dès lors, l'appétit commence à diminuer;

les pesées, faites régulièrement chaque semaine, accusent au 15 mars une diminution de 3 kilogrammes. Les douleurs, toujours un peu menaçantes du côté de l'estomac et sous l'hypocondre gauche, augmentent et prennent une acuité considérable; elles surviennent tous les jours, avant ou après les repas, sans qu'on puisse préciser le moment où elles sont le plus intenses; la pression de la colonne vertébrale, surtout au niveau de la dernière côte, les renouvelle.

Notre distingué collègue, le professeur Souza Martins, de Lisbonne, conseille à son client de revenir à Paris; nous le revoyons avec le docteur Ettinger et, le 23 mars, pour satisfaire son désir aussi bien que le nôtre, il recommence la série des visites à ses médecins de l'année dernière. Il voit d'abord M. Bouchard: le savant professeur espère que les douleurs vives éprouvées par le malade peuvent s'expliquer soit par des phénomènes congestifs du côté du foie, soit par des lésions inflammatoires autour des plexus nerveux du pancréas. En tout cas, il rejette le diagnostic de cancer, étant donnée l'évolution de la maladie depuis l'intervention; celle-ci date de sept mois et, bien que notre client maigrisse et souffre, il n'a point l'air d'un cachectique; son état présent est bien supérieur à celui que M. Bouchard avait constaté une première fois quinze jours avant, et une seconde fois trois semaines après notre anastomose biliaire.

Le 28 mars, M. Hanot repousse l'hypothèse d'un cancer; il ne peut l'admettre aujourd'hui. Le 5 avril, a lieu une consultation des médecins ordinaires avec le professeur Dieulafoy qui, comme MM. Bouchard et Hanot, avait vu le malade avant notre intervention: il ne croit pas à un cancer; il se demande toutefois si un néoplasme ne s'est pas développé secondairement, car l'association des cal-

culs et du cancer n'est pas un fait exceptionnel. Quoi qu'il en soit, il admet avec M. Bouchard et avec M. Hanot qu'une laparotomie exploratrice est indiquée pour se rendre un compte plus exact des lésions et pour intervenir le cas échéant. Le professeur Le Dentu est alors mandé, le 12 avril, par le patient, qui désirait se renseigner auprès de lui sur la gravité de cette opération éventuelle. M. Le Dentu la conseille; notre malade se remet entre nos mains, et le 16 avril a lieu notre seconde intervention.

Deuxième opération. — Le foie est d'aspect absolument normal; il a perdu les énormes dimensions qu'il avait à la première laparotomie et maintenant a plutôt tendance à se cacher sous les fausses côtes. Nous palpons notre anastomose, qui ne présente rien de suspect; mais, en arrière, plus profondément, au point où la première fois nous avions cru sentir un calcul arrondi, du volume d'une noisette, nous constatons l'existence d'une masse aplatie, de consistance ligneuse, plus large que la paume de la main, immobile, fixée aux parties profondes par de solides adhérences. Il s'agissait évidemment d'une tumeur maligne, d'un néoplasme inopérable, et nous refermons le ventre.

La guérison opératoire fut rapide; mais bientôt les accidents primitifs reprennent avec la même intensité; l'état général s'aggrave, chaque semaine la perte de poids se chiffre par un déchet de 4 ou 500 grammes. Les trois symptômes qui dominent sont, avant comme après notre intervention, l'amaigrissement progressif et continu, la perte absolue de l'appétit et surtout des douleurs parfois continues, parfois intermittentes, mais telles que le sommeil en est souvent empêché.

Notre opéré regagne Lisbonne. Il est déjà dans le marasme, nous écrit son médecin, M. Souza Martins; il est

affaissé, triste, les douleurs sont intolérables; puis surviennent des complications, des hématémèses abondantes qui augmentent la cachexie. Il meurt le 9 juin, dix mois après notre première intervention, près de deux mois après notre seconde.

L'autopsie fut faite vingt-deux heures après la mort: Le pancréas est atteint de dégénérescence carcinomateuse dans toute son étendue; la tête a pris un énorme développement, elle obture le cholédoque et comprime le duodénum, ce qui explique les douleurs et les vomissements. La queue du pancréas envahie par le cancer est plus volumineuse que la partie moyenne de la glande. Le foie est déjà atteint de carcinome secondaire et infiltré de noyaux, surtout dans le lobe gauche. L'anastomose de la vésicule à l'intestin est normale et perméable.

Telle est, dit Reclus, cette observation d'entérostomie biliaire. Nous ne croyons pas qu'il existe dans les annales de la science beaucoup de cas de ce genre où un malade ait été suivi aussi longtemps par des médecins, dont quelques-uns illustres, et cela depuis le moment où le mal est apparu jusqu'à la mort et jusqu'à l'autopsie. Malgré des lacunes inévitables, c'est une observation complète et instructive... Il nous semble que ce ne doit pas être l'existence d'un calcul ou la possibilité d'un cancer qui guide notre intervention; il suffit de reconnaître qu'il existe un obstacle mécanique au cours de la bile pour conclure à la nécessité, afin d'éviter un empoisonnement certain, de rétablir ce cours par une anastomose biliaire.

Ictères par affection hépatique

Observation V

(Tuffier, cité par Quénu, *Revue de Chirurgie*, 1910, 42, p. 264)

Ictère hydatique à forme de lithiase biliaire

Homme de 36 ans. Il est pris, en novembre 1904, de phénomènes douloureux ressemblant à la colique hépatique; mais les crises douloureuses s'accompagnent d'une légère élévation de température; tout rentre dans l'ordre le 15 janvier 1905; à la suite d'une grippe, l'ictère apparaît et avec lui la fièvre; les crises douloureuses avec ictère et fièvre se succèdent. On fait le diagnostic de lithiase biliaire. A l'entrée à l'hôpital, M. Tuffier constate un ictère sans splénomégalie, une décoloration des matières, des urines bilieuses.

L'opération (14 avril) fait découvrir une cholécystite: oblitération du cystique, réplétion de la vésicule par 300 grammes de liquide muqueux, incolore; cholédoque non distendu. En arrière du hile du foie, il existait une tuméfaction du volume d'une tête de fœtus, qui, ponctionnée, donna issue à un liquide louche et, après incision, à des vésicules hydatiques flétries. Les parois du kyste étaient calcifiées; le kyste renfermait encore de la boue biliaire. Marsupialisation. Guérison avec fistule biliaire qui était guérie le 29 mai.

Observation VI

(Lejars, *Semaine médicale*, 22 mars 1911)

Ictère par kyste hydatique suppuré

Une jeune fille de 20 ans m'est adressée, le 28 janvier dernier, dans un état fort grave : tout de suite, nous sommes frappé de sa pâleur extrême, de son amaigrissement, de son aspect presque « cachectique ». Les accidents dont elle souffre remontent à trois mois. Avant cette date, elle était en pleine santé ; elle n'a point, d'ailleurs, d'hérédité fâcheuse et, jusqu'ici, son histoire morbide, toute banale, ne comportait que des affections légères et transitoires. Pourtant, en août dernier, elle aurait eu quelques douleurs à la fosse iliaque droite et l'appendice aurait été suspecté ; il n'en reste rien aujourd'hui. Ce fut à la fin d'octobre que notre malade fut prise brusquement, au repas de midi, de douleurs vives dans l'hypocondre droit, irradiées à l'épaule ; elle vomit ; durant un mois, la fièvre oscilla entre 38 et 39° ; l'alitement fut nécessaire. On ne trouva rien de précis à l'examen local et la nature exacte de cette crise fébrile et douloureuse ne laissa pas que de demeurer assez obscure. La crise céda, mais la jeune fille ne se remit qu'en partie : la pâleur, l'amaigrissement, la perte des forces persistaient. Le 2 janvier 1911, les accidents aigus se renouvelèrent : mêmes douleurs, vomissements, fièvre, urines verdâtres, selles argileuses. Une complication broncho-pulmonaire vint encore assombrir le pronostic. Le 28, l'état pulmonaire s'était amélioré, mais l'état général était des plus inquiétants ; localement, on constatait que le foie débordait de deux travers de doigt les fausses côtes ; il était assez mal limité à ce niveau et

comme enchâssé d'une zone tuméfiée diffuse; on trouvait dans la région vésiculaire une sorte de bosselure peu saillante, de contour vague, de consistance ferme, assez sensible au palper.

A quoi avions-nous affaire? On avait parlé de cholécystite et d'abcès du foie. La déchéance générale vraiment impressionnante, la complication pulmonaire récente éveillaient aussi l'idée d'un processus tuberculeux. L'examen du sang décelait une anémie considérable: 1.400.000 globules rouges, 6.000 globules blancs, 2 0/0 d'éosinophiles, légère polynucléose.

Je priai M. Parvu de faire la réaction de fixation: elle fut positive. Le 4 février, j'intervins à la novocaïne, la jeune malade paraissant trop affaiblie pour l'anesthésie générale; j'incisai la bosselure saillante qui se dessinait à la partie moyenne du rebord hépatique, elle adhérait à la paroi, et j'ouvris un kyste hydatique suppuré qui se prolongeait profondément dans la masse du foie.

Le résultat a été des plus heureux; quelques jours après, la fièvre tombait définitivement. Aujourd'hui, il n'y a plus de douleurs; l'appétit a repris et la guérison s'achève en toute régularité.

Ictère par infection hépato-biliaire

Observation VII

(Quénu et Joltrain, Société médicale des hôpitaux, 19 mars 1909)

(Nous la résumons rapidement, car l'intervention ne fut pas pratiquée, et si nous la citons, c'est pour la comparer à l'observation suivante des mêmes auteurs où, au contraire, on intervint pour un cas analogue.)

Jeune femme de vingt-six ans, sans aucun antécédent, est prise de troubles digestifs avec vomissements répétés, fièvre et frissons, et entre à l'hôpital avec ictère intense. La température, pendant toute la durée de l'affection, reste au-dessous de la normale et le pouls est rapide, en dissociation avec la température. Au cours de cet ictère toxi-infectieux se déclarent bientôt des phénomènes urémiques, avec 3 gr. 29 d'urée par litre, ce qui contre-indique toute intervention. Finalement, une parotidite double suppurée et une otite moyenne droite se déclarent. On trouve dans les deux pus du streptocoque en abondance. Le sérum de la malade donne une réaction de fixation positive avec divers échantillons de streptocoques.

Ictère hémolytique

Observation VIII

(G. Banti. La splénomégalie hémolytique. *Actes de l'Académie de médecine de Florence*, 16 mars 1911. *Pathologica*, 1er octobre 1911)

Il s'agit d'une couturière nubile dont le père et un frère étaient morts d'une pneumonie, la mère d'un cancer du foie, un autre frère de la diphtérie ; une sœur est en bonne santé. Personne, dans la famille, n'avait eu de l'ictère, ni la malaria, ni la syphilis. Cette femme faisait un usage très modéré des boissons alcooliques. Elle avait été réglée à quatorze ans. A vingt-six ans (1888) elle présenta des signes d'anémie avec sensibilité douloureuse dans l'hypocondre gauche : Un médecin reconnut une maladie de la rate. L'anémie offrit ensuite des périodes d'amélioration et d'aggravation, mais l'état de la malade alla en empi-

rant lentement jusqu'en avril 1902. A cette époque apparut un ictère léger qui ne devait plus disparaître; les matières fécales restèrent toujours bien colorées. La rate dépassait de 6 à 7 centimètres le rebord costal. L'anémie continua à s'aggraver, et une fièvre légère, irrégulière, apparut. Le 12 novembre 1902, la malade entra dans mon service de l'hôpital de S. Maria Nuova.

A l'examen, on constata que cette femme était bien conformée; le teint et les conjonctives étaient légèrement ictériques; il y avait un bruit de souffle dyscrasique à la région cardiaque. La rate, volumineuse, présentait une augmentation uniforme dans ses différents diamètres; elle était lisse, presque indolente; sur la ligne axillaire, elle descendait à 16 centimètres au-dessous de la sixième côte. La matité hépatique sur la mamillaire droite mesurait 11 centimètres. Il n'y avait pas d'ascite. Les ganglions lymphathiques n'offrent rien d'anormal. L'urine contient de l'urobiline en abondance et, certains jours aussi, des traces de bilirubine. Les fonctions intestinales étaient normales, les fèces bien colorées. Fièvre irrégulière: 36° à 37°6.

Malgré une alimentation abondante et l'emploi des arsenicaux et des ferrugineux, l'anémie continua à s'aggraver progressivement.

Devant cette aggravation intense et progressive et l'inutilité du traitement médical, on pratiqua la splénectomie le 20 février 1903.

QUATRIÈME PARTIE

RESULTATS OPERATOIRES

Pour juger complètement des indications chirurgicales auxquelles peut donner lieu un ictère, il est nécessaire de prendre une notion de la gravité de l'intervention dans les divers cas que nous avons envisagés. Nous ne saurions mieux faire, pour mettre en lumière les résultats opératoires, que de résumer ici les diverses statistiques que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale.

Il va de soi que les statistiques les plus intéressantes à considérer seraient des statistiques portant seulement sur les interventions *faites pour ictères*. De pareilles statistiques n'existent malheureusement presque pas. La seule statistique remplissant ce desideratum est celle d'Arnsperger, portant sur 96 cas, dont 83 sont des ictères par rétention, dus à une affection des voies biliaires extra-hépatiques, ce sont ces 83 cas que nous considérons surtout. Cette statistique comprend 11 cas de cancer des voies biliaires sur lesquels nous ne nous étendrons pas, et trois cas de pancréatite chronique, un cas de rétrécissement des voies biliaires, 68 cas de lithiase biliaire avec 11 décès.

Les autres statistiques portent sur des interventions sur les voies biliaires ou le foie, sans tenir compte du symptôme ictère; nous les rapporterons cependant, car la gravité de ces interventions est en somme la même, qu'il

s'agisse de cas avec ou sans ictère. Nous diviserons les statistiques publiées en deux catégories. Les statistiques antérieures à 1908, dont les principales sont celles de J. Mayo, de Moyo-Robson, de Kocher, etc., à l'étranger; de Lejars, Quénu, Gosset, etc., en France. Ces statistiques sont reproduites ou résumées soit dans la thèse de Cotte, soit dans le rapport de Gosset, au 21e Congrès français de chirurgie (1908).

Les statistiques postérieures à 1908 nous retiendront plus longtemps.

Les principales statistiques publiées dans le rapport de Gosset sont:

1° *Statistique de Kher,* qui comporte 1.600 opérations avec 265 morts, soit une proportion de 16.6 0/0. Sur ces opérations, 232 se rapportent à des affections cancéreuses assombrissant lourdement la statistique par 191 décès, soit un pourcentage de 82 0/0.

2° *Statistique de Gosset,* comportant 32 opérations sur la vésicule, avec un décès (en 48 heures pour myocardite).

11 opérations sur les voies biliaires, avec un décès par anurie, soit en somme 43 opérations avec 2 décès.

3° *Statistique de Finkelstein,* comportant 66 opérations, avec 16 0/0 environ de mortalité globale.

4° *Statistique de Borelius,* avec 353 opérations et 26 morts.

5° *Statistique de N. Pans,* avec 219 opérations pour lithiase, n'ayant donné que 20 décès.

6° *Statistique de Heidenhain,* présentant 181 cas de lithiase sans infection avec 3 morts, 44 cas de lithiase accompagnés d'infection avec 9 morts, 14 cas de lithiase compliquée de cancer avec 8 morts, et enfin 87 cas de lithiase du cholédoque avec ou sans infection, traités par la cholédocotomie avec 15 morts.

Nous n'avons reproduit que très succinctement ces diverses statistiques; il sera d'ailleurs facile de les retrouver en se rapportant à nos indications bibliographiques. Les seuls points sur lesquels nous croyons devoir insister sont les suivants:

1° Que dans les cas de lithiases sans infection les résultats sont généralement favorables;

2° Que ces résultats s'assombrissent dès que l'infection entre en jeu;

3° Que les résultats deviennent franchement défavorables quand il s'agit d'affections cancéreuses.

CONCLUSIONS

Pour juger de l'indication chirurgicale qui peut se poser en face d'un ictère, deux questions sont à résoudre :

1° Mettre cet ictère à la place qui lui convient dans la classification que nous avons adoptée au début de ce travail, classification établie en dehors de toute discussion pathogénique, mais correspondant à des indications chirurgicales nettement déterminées :

a) Ictères liés à des affections des voies biliaires extra-hépatiques ;

b) Ictères liés à des affections du foie ;

c) Ictères infectieux hépato-biliaires ;

d) Ictères hémolytiques.

Une fois l'ictère classé, l'indication chirurgicale devient nette.

2° Pour chacun des ictères envisagés ci-dessus l'indication chirurgicale s'établit ainsi :

a) Ictère lié à des affections des voies biliaires extra-hépatiques. L'indication est d'intervenir, toujours au moins par une laparotomie exploratrice, car il est difficile cliniquement de distinguer les affections envisagées dans ce paragraphe ;

b) Dans les ictères liés à une affection hépatique, ne pas intervenir, à moins qu'il ne s'agisse d'un kyste hydatique ou d'un abcès du foie ;

c) *Dans les ictères infectieux,* l'indication opératoire sera surtout basée sur l'évolution; elle sera surtout recommandée par les symptômes généraux et parmi ceux-ci nous insisterons sur la leucocytose progressive (au-dessus de 40.000);

d) Enfin, en présence d'un ictère hémolytique, tenir compte des cas où la splénectomie a été suivie de résultats favorables.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1° Nous ne mentionnerons pas ici tout ce qui a trait à l'ictère, non plus que tout ce qui concerne la chirurgie des voies biliaires; nous n'aurons en vue, dans cet index, que les travaux se rapportant aux indications opératoires dans les ictères.

2° Cette bibliographie ne comporte que des travaux récents, sauf quelques rares exceptions, parus depuis 1908, date de la thèse de Cotte (Lyon, 1908) et du rapport de Gosset.

Pour la chirurgie de la lithiase biliaire en particulier, on trouvera, de 1908 à 1913, une bibliographie complète dans la thèse de Bachy (Paris, 1913).

Arnsperger Ludwig. — La signification chirurgicale de l'ictère (Travail de la Clinique chirurgicale de Heidelberg, professeur Czerny). Beitrag. zur klin. chir., t. 48, 1906, pp. 673 à 780.

Bachy. — Thèse de Paris (cholécystectomie), 1913.

Baudouin. — Traitement chirurgical des infections biliaires. Soc. des chirurgiens de Paris, 26 mai 1911. Paris Chirurgical; Arch. prov. de chir.

Banti. — La splénomégalie hémolytique. Semaine Médicale, 1912.

Beule (De) et Debaizieux. — Sur le diagnostic et les indications opératoires dans les affections de la voie

biliaire principale. Acad. de méd. de Bruxelles, juillet 1911.

Bondi (S.) und Kőning (Fr.). — Sur l'ictère catarrhal. Wiener Med. Wochens., 29 octobre 1910, p. 2618.

Brault. — Dissociation de la sécrétion biliaire dans l'ictère catarrhal. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 7 février 1913.

Broca. — Kyste hydatique. Réaction de Weinberg négative avant l'opération, positive après. Soc. méd. des Hôp., 19 mai 1911.

Brünnes (Zurich). — L'hydropisie et l'empyème des voies biliaires dans les ictères par rétention. Journ. de chir., 1911.

Carnot. — Rôle de la rate dans les ictères hémolytiques. Paris Médical, 1er juin 1912.

Castaigne et Chiray. — Manuel des maladies du foie et des voies biliaires.

Castaigne, Dujarier, Mongour. — Etude clinique et thérapeutique des ictères. Journ. méd. français, 15 mars 1910.

Chalier. — Les ictères hémolytiques (Rev. gén.). Gaz. des Hôp., 21 mai 1910.

Chavannaz et Guyot. — Maladies du pancréas, de la rate et du mésentère. Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet.

Chauffard. — Des ictères hémolytiques, surtout congénitaux, et de leur traitement par la splénectomie. Bulletin médical, 1912.

— Dissociation des états cholémiques. Presse Médicale, 29 janvier 1913.

— Indications thérapeutiques dans la lithiase. Semaine médicale, n° 4, 1904.

II^e Congrès international de chirurgie, Bruxelles. — Intervention dans les chirrhoses biliaires (Discussion), 1908.

Congrès français de chirurgie. — Rapports de Gosset et Delagénière. Communications de Vidal, Fontan, Willems, Tédenat, Lejars, Péraire, Bazy (sur la chirurgie du cholédoque et de l'hépatique); de Maire et Victor-Reymond (sur l'intervention dans les sténoses extrinsèques des canaux biliaires), 1908.

Cotte. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications. Thèse de Lyon, 1908.

— Choix de l'intervention dans la lithiase biliaire. Lyon Chir., nov. 1910; Journ. de chir., 1911, p. 97.

Coyon. — Du moment de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. Th. de Paris, 1902.

Desjardins. — Etude sur les pancréatites. Th. de Paris, 1905.

Dieulafoy. — Journ. des Praticiens, 1910, p. 135.

Evolution des opérations biliaires (L'). — Semaine Méd., juin 1912.

Faure et Labey. — Maladies chirurgicales du foie et des voies biliaires. Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, 1911.

Français. — La lithiase du cholédoque et son traitement chirurgical. Th. de Paris, 1906.

Gaultier. — Calculs biliaires et pancréatites. Actualités médicales, 1908.

Gauvenet. — Thèse de Bordeaux, 1912-1913.

Gilbert, Chabrol et Benard. — Le traitement par la splénectomie de l'ictère chronique splénomégalique. Presse Méd., 10 janvier 1914.

Gosset. — Journal de chirurgie, 15 juillet 1911, p. 1.

Guéniot. — Etude sur la lithiase vésiculaire. Thèse de Paris, 1903.

Ictère franc, cholurique, dans la cirrhose bi-veineuse atrophique (L.). — Journ. des Praticiens, 1910, p. 442 avec bibliographie).

Kehr. — Vingt années de chirurgie hépatique; courte revue avec 1.600 opérations pour lithiase biliaire. Münchener Med. Wochens., t. 57, n° 38, 20 septembre 1910; Journ. de chir., 1910, p. 599.

Kukula. — Indications chirurgicales de la lithiase biliaire. Wiener Med. Wochens., juin 1910.

Legry. — Les ictères par rétention. Journ. de méd. de Paris, 29 juin 1912.

— Les ictères hémolytiques. Progrès Médical, 1912.

Lejars. — Semaine médicale, 1911.

— L'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. Semaine Médicale, 1902.

Lemière et Brulé. — Dissociation de la sécrétion biliaire dans l'ictère catarrhal. Soc. méd. des Hôp., 23 décembre 1910.

Leuret et Gauvenet. — Pathogénie et classification des ictères (deux articles). Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux, 1911.

Leuret. — Communication au Congrès français de médecine, 1911.

Linossier. — Indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. Soc. méd. des Hôpit. de Paris, 1906.

Lithiase du cholédoque. — Revue générale. Gaz. des Hôpitaux, 1911.

Mathieu. — Revue de chirurgie, 1908.

MAINGUOT. — Radio-diagnostic de la lithiase vésiculaire. Thèse de Paris, 1909.

MAYO ROBSON. — Congrès international de Budapest.

MOCQUOT. — L'état de la vésicule dans les obstructions chroniques du cholédoque. Th. de Paris, 1909.

— La valeur séméiologique de l'état de la vésicule pour le diagnostic des ictères chroniques. Paris Médical, 9 sept. 1911.

MONGOUR. — Indications thérapeutiques dans les ictères. Journ. méd. français, 15 mars 1910.

— Du moment de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. Congrès de Genève, 1908; Journ. de méd. de Bordeaux, 1908.

MONTPROFIT. — Intervention chirurgicale dans les cirrhoses veineuses. Congrès franç. de chir., 1904.

PARIZOT et HEULLY. — Le traitement des ictères hémolytiques. Semaine médicale, 1913.

PEUGNIEZ. — Splénectomie pour cirrhose. Congr. français de chirurgie, 1908.

QUÉNU et DUVAL. — Pancréatite chronique et traitement. Rev. de chir., 1908.

— Traitement chirurgical des angio-cholites. Rapport au Congrès international de chirurgie de Bruxelles, 1908.

QUÉNU et JOLTRAIN. — Etude des indications chirurgicales dans l'ictère grave. Soc. méd. des Hôp. de Paris, mars 1909.

QUÉNU. — Les indications opératoires dans la lithiase biliaire. Rev. de chir., 1908, t. II, p. 682.

— La cholécystite typhique et son traitement chirurgical. Rev. de chir., 1908, t. I, p. 828.

Quénu. — Revue de chirurgie, 1909 (deux mémoires).
— Journal des Praticiens, 1910, p. 406.
— L'ictère dans les kystes hydatiques du foie. Rev. de chir., 1910, t. 42.
— L'angio-cholécystite typhique et son traitement chirurgical. Rev. de chir., 1911, p. 154.

Ribas y Ribas. — Rapport au Congrès espagnol de chirurgie. Madrid, 9-13 mai 1910.

Riedel, 1911. — Cancer de la vésicule. Münch. Med. Wochens., juin 1911.

Royer. — Thèse de Paris, 1902.

Sabrazès, Muratet et Laffargue. — Variations de l'éosinophilie dans un kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires. Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux, 4 juin 1911.

Sauvé. — La pancréatectomie. Rev. de chir., 1908.

Schwartz. — Diagnostic de l'ictère chronique par rétention. Paris Médical, 15 juillet 1911.

Siredey, Lemaire, Vuillet. — Kyste hydatique du foie avec éosinophilie et sans réaction de fixation. Soc. méd. des Hôp., 17 mars 1911.

Tuffier et Lyon-Caen. — Kyste hydatique du foie et angio-cholite. Soc. de chir., 12 janvier 1909.

Vautrin. — Traitement de la pancréatite chronique. Rev. de chir., 1908.

Vignard. — Gaz. méd. de Nantes, 21 octobre 1911.

Villar. — Rapport au Congrès de chirurgie, 1905.

Vires. — Maladies du foie et du pancréas, 1913.

Wiart. — Lithiase intra-hépatique et son traitement chirurgical. Thèse de Paris, 1905.

WIDAL et ABRAMI. — Société médicale des Hôpitaux, 19 novembre 1908.

WIDAL, ABRAMI et BRULÉ. — Société médicale des Hôpitaux de Paris, 9 juillet 1909.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 1er mai 1914
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 1er mai 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !